



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ANEXO II
Formulário – Pessoas com deficiência

1 - Nome do(a) requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência:

- Deficiência física
- Deficiência auditiva
- Deficiência visual
- Deficiência intelectual
- Transtorno do Espectro Autista
- Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM () NÃO ()

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova? _____

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinada as ações afirmativas – *Pessoas com Deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no *Programa de Pós-graduação Stricto sensu* em Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

DECLARO concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura Candidato(a)